

LA COOPERATION TRANSFRONTALIERE EN SANTÉ

IHEDATE, Henri Lewalle, PARIS, le 17/5/18

LA SUBSIDIARITE : ART 5 TUE

3. En vertu du principe de subsidiarité, dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, l'Union intervient seulement si, et dans la mesure où, les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, au niveau de l'Union.

CHARTRE DES DROITS FONDAMENTAUX ART 6 TUE

1. L'Union reconnaît les droits, les libertés et les principes énoncés dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000, telle qu'adaptée le 12 décembre 2007 à Strasbourg, laquelle a la même valeur juridique que les traités.

COMPETENCES PARTAGEES ART4 TFUE

2. Les compétences partagées entre l'Union et les États membres s'appliquent aux principaux domaines suivants:

b) la politique sociale

k) les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique

LA PROTECTION SOCIALE UE ?

- COMPETENCE DES EM
- LA CONVENTION CECA
- REGLEMENTS EUROPEENS DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE
 - REGLT 3&4 de 1959
 - REGLT DE COORDINATION 1408/71 ET 574/72
 - REGLT MODERNISATION 883/2004 & 987/2009

COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE ART 48 TFUE

Le Parlement européen et le Conseil adoptent, dans le domaine de la sécurité sociale, les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs, en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants salariés et non salariés et à leurs ayants droit:

a) la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales;

b) le paiement des prestations aux personnes résidant sur les territoires des États membres.

POURQUOI COORDONNER LES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS L'UNION EUROPÉENNE ?

- Chaque pays a développé son système spécifique de sécurité sociale : **il y a autant de système de sécurité sociale qu'il y a de pays**
- L'ouverture des droits aux prestations et le niveau de la protection sociale varie parfois de manière importante entre les pays.
- Comme il y a des écarts économiques entre les pays parfois de 1 à 4, **une harmonisation sociale des systèmes de sécurité sociale est quasi impossible à réaliser**

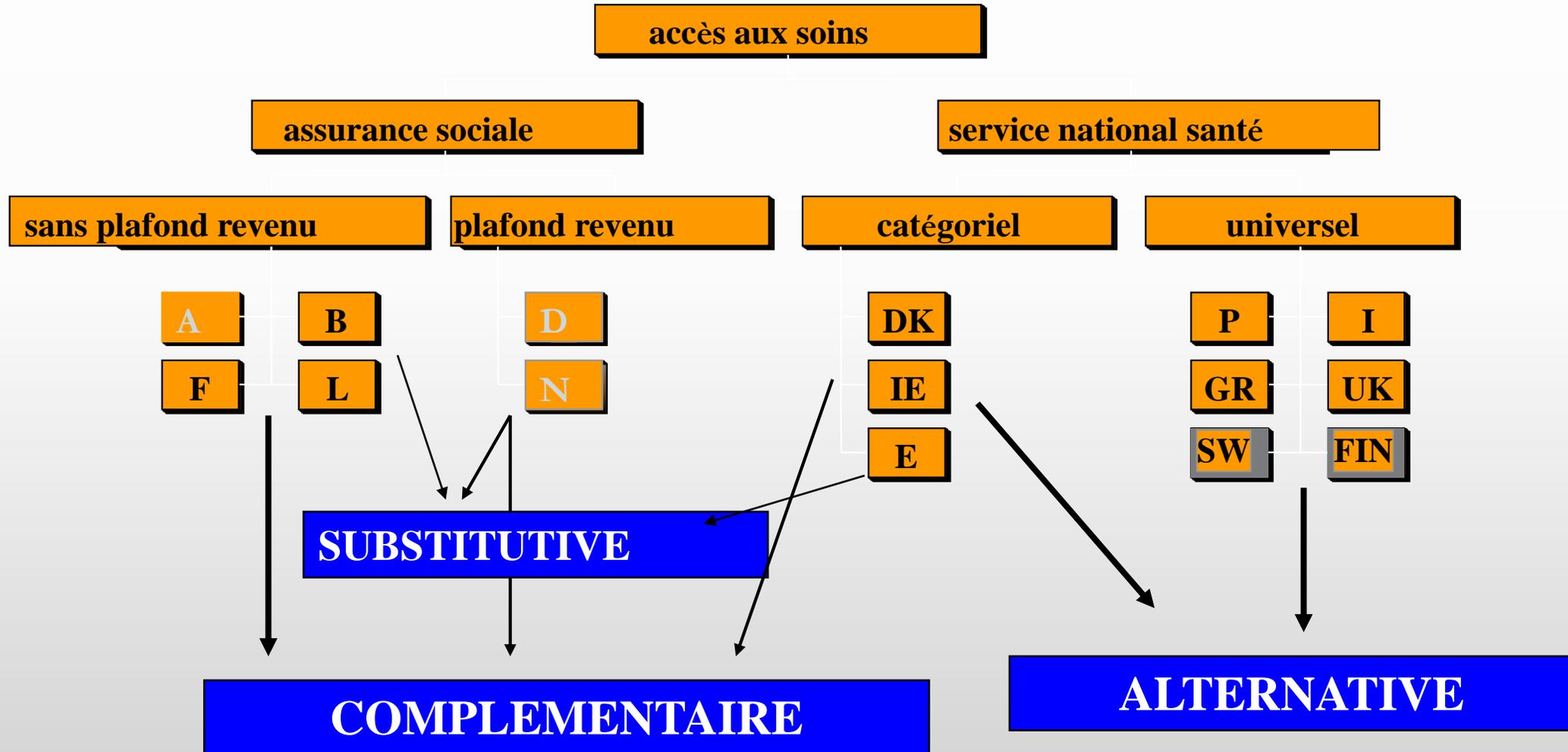
DEUX LOGIQUES STRUTURANTES

- Assurance sociale obligatoire
- Protection catégorielle
- Financement contributif
- Gestion partenaires sociaux
- Proportionnalité de la prestation

- Système ou service national de santé
- Universalisation de la protection
- Financement fiscalisé
- Gestion étatique
- Forfaitarisation de la prestation

TYPOLOGIE DE LA PROTECTION SANTÉ 2006

Publique Privée



LA SANTÉ DANS L'UE ?

- COMPETENCE DE CHAQUE ETAT MEMBRE
- 1992 art 129 Traité d'Amsterdam
- ARRET DEKER ET KHOLL 1998 :
 - « les Etats membres sont libres d'organiser et de gérer leur système de santé »
- TRAITE DE LISBONNE ART 168
- DIRECTIVE 2011/24

LA SANTÉ Article 168 TFUE

1. **Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.**

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. **L'Union** encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle **encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.**

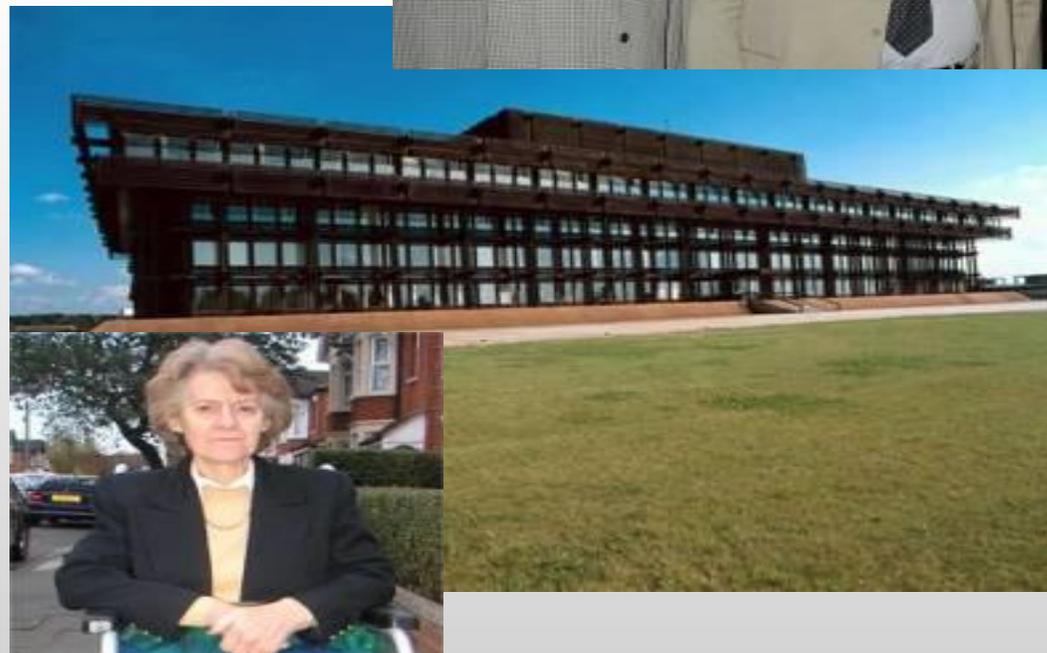
Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1.

LA SANTÉ Article 168 TFUE

7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées.

« De DECKER & KHOLL à Mme WATTS ...» (CJUE 1998-2010)

- C-120/95 (*Decker*) and C-158/96 (*Kohll*)
- C-368/98 (*Vanbraekel*)
- C-157/99 (*Geraets-Smits and Peerbooms*)
- C-385/99 (*Müller-Fauré and Van Riet*)
- C-326/00 (*Ioannidis*)
- C-56/01 (*Inizan*)
- C-496/01 (*Commission/France*)
- C-08/02 (*Leichtle*)
- C-145/03 (*Keller*)
- C-372/04 (*Watts*)
- C-466/04 (*Acereda Herrera*)
- C-444/05 (*Stamatelaki*)
- C-211/08 (*Commission/Spain*)
- C-512/08 (*Commission/France*)



DIRECTIVE 2011/24

- **Non APPLIQUATION :**
Transplantations/Soins de longue durée/ Programme vaccination publique/Maladies rares
- **Rôle des Etats : qualité, sécurité, définition panier de soins; limites d'accès aux soins (IG,SP)**
- **Remboursement : sans ou avec autorisation**
- **Information sur la prise en charge :PCN**
- **Ordonnance européenne**
- **Réseaux de références**

**LA COOPERATION
TRANSFRONTALIERE
dans l'espace frontalier
franco-belge**

HISTORIQUEMENT...



- De tout temps, la France et la Belgique ont connu un **destin commun**. Ces deux pays partagent en outre une **culture commune** sur une très grande partie de l'espace frontalier.
- Il y a plus d'un siècle des accords frontaliers autorisaient des médecins belges à exercer sur les territoires français des Ardennes et de la Meuse.
- A partir de 1905, suite au décret de séparation des pouvoirs entre l'Eglise et l'Etat, des congrégations religieuses françaises implantées au nord de Paris se sont installées en Wallonie avec les mineurs handicapés qu'elles soignaient.
- Dès 1960, des conventions de sécurité sociale ont été signées par l'assurance maladie française et des structures d'accueil et d'hébergement de mineurs handicapés français.



DEBUT DU PROCESSUS DE COOPERATION

- Avec le renforcement de l'intégration européenne lié à l'Acte unique et la création du Marché intérieur, les organismes d'assurance maladie français et belge frontaliers ont engagé des travaux de compréhension de leur système de santé et se sont penchés sur la prise en charge des travailleurs frontaliers et des travailleurs détachés.
- Après avoir déposé en partenariat un projet Interreg I dans le cadre de la politique interrégionale européenne en 1991, les organismes d'assurance maladie font le constat :
 - L'offre de soins dans les régions frontalières est limitée et souffre d'une faible attractivité médicale.
 - Les hôpitaux dans les régions rurales sont généralement de petites tailles et manquent d'équipements adaptés à une prise en charge d'un certain niveau.
 - Les patients résidents frontaliers doivent effectuer de longue distance-temps pour obtenir un accès aux soins adapté à leurs problèmes de santé.
 - Les travailleurs frontaliers bénéficient d'un double accès aux soins (pays de travail et pays de résidence) tandis que leurs voisins qui résident dans le pays de travail ne bénéficient pas de cet avantage.

QUESTIONNEMENT

Suite aux travaux de comparaison des systèmes de santé frontaliers un ensemble de questions a émergé:

- Pourquoi ne pas offrir un **droit aux soins, équivalent à celui accordé aux travailleurs frontaliers**, aux résidents des zones frontalières pour améliorer l'accès aux soins, réduire les distances d'accès et réduire les coûts sociaux ?
- Pourquoi ne pas favoriser la **mutualisation de l'offre de soins** entre deux versants frontaliers et ainsi développer une complémentarité entre les deux offres de soins ?
- Pourquoi ne pas développer des lieux d'**échanges de bonnes pratiques** entre les deux systèmes de santé ?
- Pourquoi ne pas lancer **des expérimentations** permettant de développer ces objectifs ?

LES PROGRAMMES INTERREG

- L'ensemble de la démarche de coopération sanitaire a été réalisée dans le cadre des programmes européens Interreg depuis le premier programme déposé en 1991.
- Depuis + de 25 ans, des projets de coopération sanitaire ont été déployés sans interruption avec la même coordination dans le cadre du programme (appelé aujourd'hui) France-Wallonie-Vlaanderen et depuis 2002 dans le cadre du programme « Wallonie-Lorraine-Luxembourg » intégré dans le programme « Grande Région ».
- Les programmes Interreg apportent une légitimité aux projets, le soutien de l'UE et un financement de la coordination des projets.

LES ACTIONS DEVELOPPEES

- Travaux d'études sur l'organisation, le financement des systèmes de santé et l'accès aux soins, sur la démographie médicale etc.
- Travaux d'études sur la mobilité des patients et la mobilité des professionnels de santé
- Travaux de comparaison des législations en matière de prise en charge des personnes handicapées
- Travaux de comparaison des législations en matière de prise en charge des personnes âgées
- Travaux de comparaison des législations en matière de droit des patients
- Travaux de comparaison sur les dispositifs d'aide médicale urgente
- Edition d'une newsletter
- ...

LES REALISATIONS

1. LES CONVENTIONS INTERHOSPITALIERES

- **De 1993 à l'accord cadre de coopération sanitaire :**
 - Élaboration de **coopérations inter-hospitalières** en vue d'améliorer l'accès aux soins de proximité dans les espaces frontaliers ruraux et urbains sur base de la complémentarité entre l'offre de soins hospitalières implantées de part et d'autre de la frontière:
 - Accès des sidéens belges de Mouscron et Tournai au service des maladies infectieuses du Pr Mouton de Lille au CH de Tourcoing (service universitaire détaché à Tourcoing)
 - Accès au service de dialyse du CH Mouscron des patients IRC de Tourcoing
 - Accès des patients d'Armentières au service d'ophtalmo et de dialyse du CH d'Ypres
 - Accès des parturientes du canton de Givet au service de la maternité du CH de Dinant
 - Accès des patients du CH de Mouscron à l'IRM de Tourcoing
 - Accès des patients du CH de Tourcoing à la scintigraphie du CH de Mouscron
 - Collaboration médicale sur la coordination oncologique entre CHSA de Maubeuge et le CHR de Mons
 - Les urologues de Mons exercent sur le plateau technique de Maubeuge
 - Transfert des patients de réanimation de Maubeuge vers le CHR de Mons
 - Transfert des patients de réanimation de Valenciennes vers le CWAPI de Tournai
 -

LES REALISATIONS

2. CREATION DU PREMIER TERRITOIRE DE SANTE TRANSFRONTALIER EN THIERACHE

- Dans le cadre d'un projet européen TIC, la CNAM, l'INAMI, l'ANMC, le GEIE Sesam Vitale et les établissements de soins de la Thiérache ont conçu en 1998, un projet, à la demande des autorités européennes, d'interopérabilité des lecteurs de carte de sécurité sociale des deux pays.
- Pour mettre en place le dispositif autorisant les patients résidant dans cette zone enclavée frontalière de la Thiérache franco-belge, **l'autorisation médicale préalable au remboursement des soins dispensés sur le territoire du pays voisin** (en application des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale initiés depuis 1959) **a été levée.**
- Les travaux lancés en 1998 pour développer cette expérimentation ont débouché sur une convention qui a pris cours le 1^{er} mai 2000. Elle crée le premier territoire de santé transfrontalier franco-belge qui autorise les patients résidant dans la Thiérache à se soigner sur l'autre versant frontalier **sans autorisation médicale préalable** à charge de son système de sécurité sociale **dans le cadre des règlements européens de sécurité sociale**. Ainsi les patients belges peuvent accéder à 6 établissements français (Fourmies, Hirson mais surtout Felleries Liessies – soins SSR- ...) et les français au CH de Chimay.

LA THIERACHE



Accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire



Signature de l'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière à Mouscron le 30 septembre 2005

REALISATIONS

3. L'ACCORD CADRE DE COOPERATION SANITAIRE

- L'expérimentation « Transcards » en Thiérache et le développement des conventions interhospitalières ont nécessité la **création d'une base légale** pour la coopération sanitaire.
- D'où naissance de l'idée de l'accord cadre franco-belge (le premier en Europe) le 22/11/2002 à Bruxelles en présence du DG de la CNAM et de l'Administrateur général de l'INAMI.
- Après trois ans de négociation l'accord cadre franco-belge est signé le 1^{er} juin 2005
 - **Créant une base juridique**
 - **Délimitant les territoires concernés**
 - **Définissant les autorités pour valider les conventions de coopération**
 - **Fixant trois modes de régulation financière des flux de patients**

REALISATIONS

4. INSTALLATION DE SEPT ZOAST

- Deux expérimentations de territoires de santé (une en milieu rural et une en milieu urbain) ont été élaborées (ARDENNES et MRTW).
- C'est le début du maillage de l'espace frontalier franco-belge par la création de ZOAST (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers).
- Dans chaque Zoast **on définit le territoire** (sur base de l'espace franco-belge repris dans l'accord cadre), **les établissements de soins** où les patients résidents sur le territoire peuvent aller se soigner, **le mode de prise en charge** (sur base du coût des soins du pays où ils sont dispensés = égalité de traitement entre résidents et étrangers, à charge du système de sécurité sociale du pays d'affiliation = mécanisme de régulation des règlements européens de sécurité sociale); **une commission de suivi** se réunit trois fois par an au minimum pour accompagner le dispositif (elle est composée des acteurs concernés)
- IL existe **sept ZOAST** : ARDENNES (2008) MRTW URSA (Lille 2008-2009), LUXLOR (ARLWY 2008 puis LORLUX 2014 suite extension Meuse); MONS-MAUBEUGE (2010), TOURNAI-VALENCIENNES (2010), THIERACHE (2012), LITTORAL (Furnes-Dunkerque (2015)

Belgique



France

REALISATIONS

5. PRISE EN CHARGE DES RESTES A CHARGE

- L'assurance maladie française a souhaité dès la mise en œuvre de la première convention Zoast que les patients CMU, ALD etc soient exonérés des restes à charge. Un titre 2 dans chaque convention Zoast garantit une prise en charge des restes à charge par les CPAM concernées.
- A partir de 2009, dans les Ardennes, la CPAM et la MGEN des Ardennes ont développé un dispositif informatique permettant la saisie informatisée des patients français au départ de leur carte Vitale pour autoriser la délivrance du formulaire de sécurité sociale européen E112 devenu S2 puis ensuite la télétransmission des factures des restes à charge à la fois vers la CPAM des Ardennes et les organismes complémentaires d'assurance maladie (mutuelle, assurance, IPC).
- Ces procédures informatiques devraient être prochainement généralisées à l'ensemble des Zoast donc à tout l'espace frontalier franco-belge.
- Dans les Zoast, **les patients ont droit à tous les soins dispensés dans l'établissement** du pays dans lequel ils se rendent (soins externes, ambulatoires, hospitalisations de jour, hospitalisations classiques)
- Concrètement, les patients se déplacent pour des soins de proximité qu'ils ne peuvent recevoir sur leur versant. On ne constate aucune dérive depuis le lancement des Zoast, car le prescripteur reste le médecin de famille et les patients ont toujours le réflexe de leur système de santé avant de franchir la frontière, qui reste, même si elle est artificielle, une réalité sociologique.

REALISATIONS

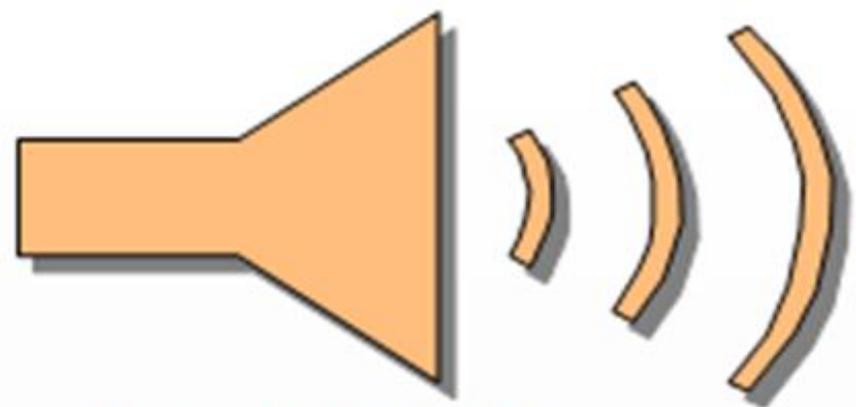
6. LA CONVENTION AIDE MEDICALE URGENTE

- Après plusieurs années de négociations une convention (unique dans l'UE) a été signée en mars 2007.
- Elle permet la prise en charge en seconde intention des patients de l'espace frontalier franco-belge (définition de l'accord cadre) qui font appel au centre d'appel unifié 100-112 ou 15. Ils sont pris en charge en cas d'indisponibilité du SMUR du territoire concerné par le SMUR du versant voisin. Par ce dispositif, on réduit l'IML notamment de manière importante dans les zones rurales où il peut atteindre sans ce dispositif de 30 à 40 minutes dans certains lieux de l'espace frontalier.
- Environ 500 interventions frontalières sur les 620 kms de frontière sont enregistrées chaque année.

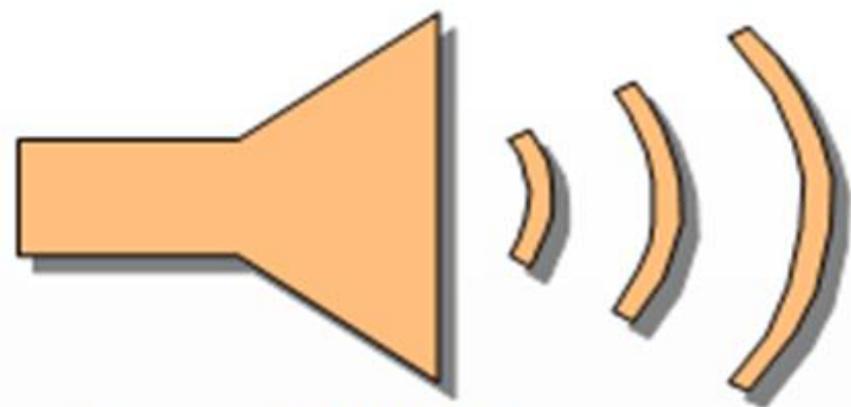
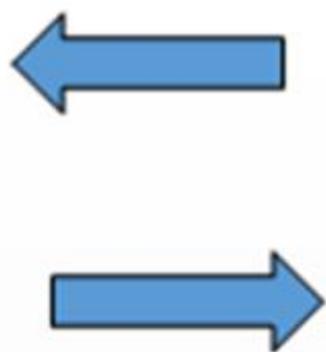
REALISATIONS

6. LA CONVENTION AIDE MEDICALE URGENTE

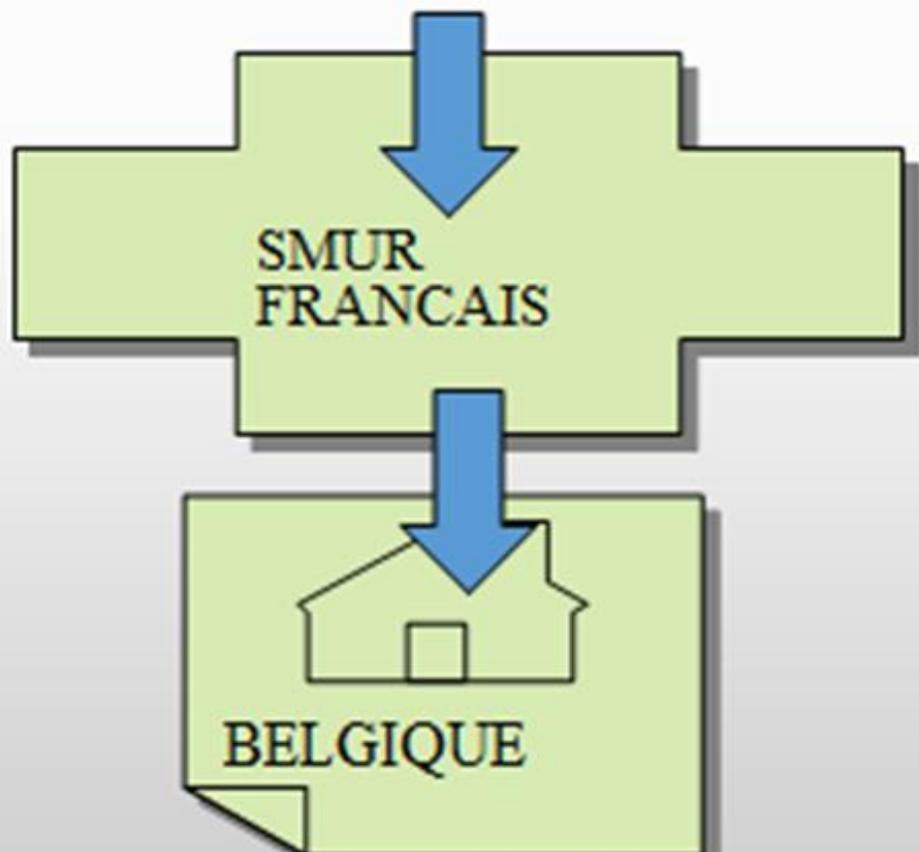
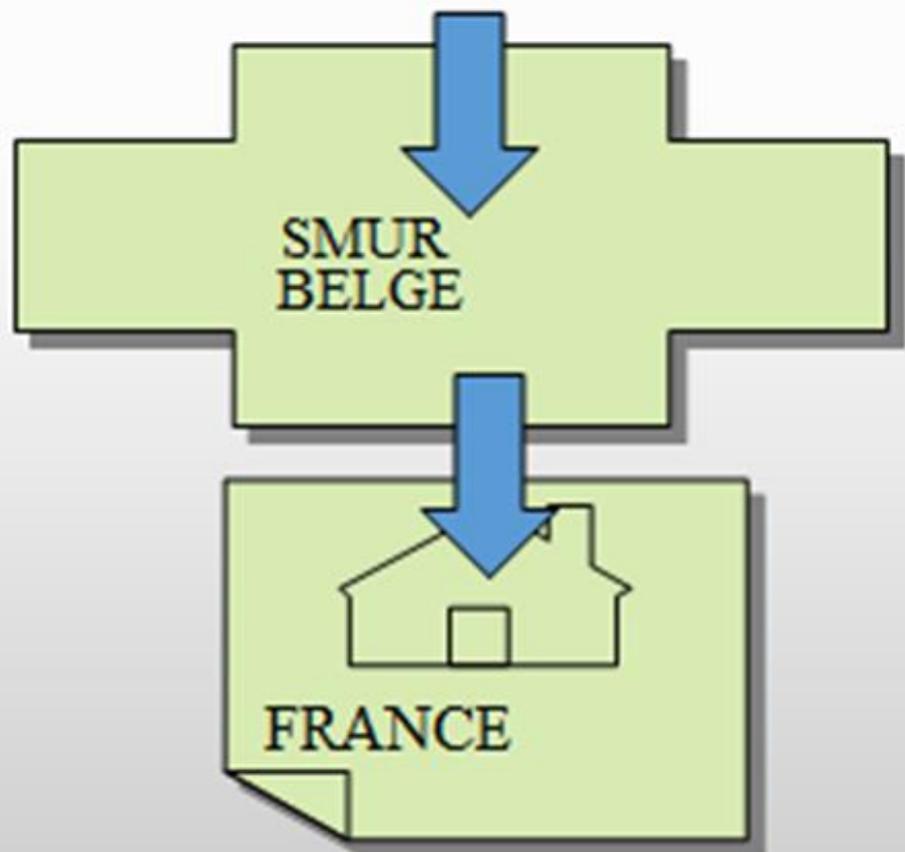
- Sur le versant Arlon-Longwy et Ardennes-Namur, une zone frontalière définie strictement permet la prise en charge en première intention. En bénéficiaire, notamment, les résidents de la commune d'Aubange, en face de MSM. On enregistre en moyenne chaque année 125 interventions du SMUR de MSM (celui-ci a de ce fait une activité supplémentaire qui justifie davantage son maintien) sur la commune belge d'Aubange.
- La convention intègre un volet financier qui indemnise l'intervention du Smur du pays voisin sur base d'un tarif à la demi-heure calculé sur le coût moyen des SMUR français susceptibles d'intervenir en Belgique.

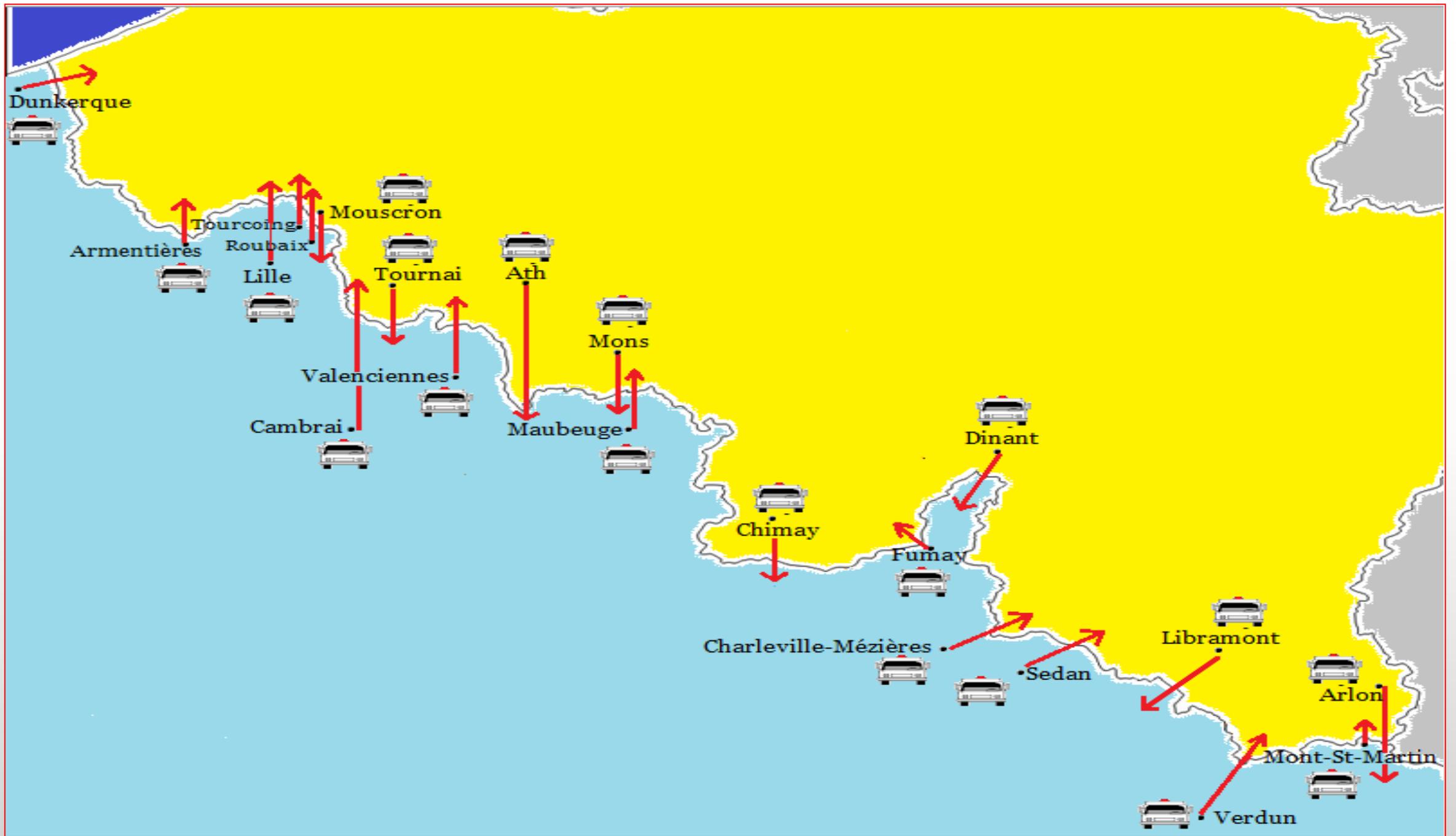


Centre 100-112 B.



Centre SAMU F.





REALISATIONS

7. CHAMP MEDICO-SOCIAL

- Environ 6500 personnes handicapées françaises séjournent en Wallonie.
- A l'instar des travaux de coopération dans le domaine sanitaire, une démarche appuyée par le DG de l'ARS Npc, Daniel Lenoir (DG CNAF / IGAS) en 2010 a débouché sur la négociation d'un accord cadre, signé en décembre 2011 entre les Gouvernements français et wallon en matière de prise en charge des personnes handicapées.

EN SYNTHÈSE

- « Les États membres sont responsables de l'organisation et de la gestion de leur système de santé » *Arrêt Deker et Kroll et suivants de la CJUE*
- Des dispositifs essentiels : les règlements européens 883/2004 et 987/2009 et la directive 2011/24
- L'importance des programmes d'actions Interreg I et poursuivie dans Interreg II, III, IV
- Domaines de coopération: le sanitaire et le médico-social

OBSTACLES 1

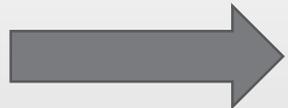
- **POLITIQUES:**

- VOLONTE DES ACTEURS DE LA SANTE DE COOPERER ?
- VOLONTE POLITIQUE DES AUTORITES DE GESTION, DE LA PLANIFICATION ET DU FINANCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE DES ETATS MEMBRES ?

OBSTACLES 2

- **JURIDIQUES :**

- Règlt 883/2004 : autorisation médicale préalable
- Directive 2011/24 : soins ambulatoires et remboursement sur base du tarif du pays d'affiliation
- Compétence des Etats membres (TFUE art 168 §2 et 2001/24 art 10§3)



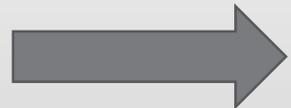
ACCORD CADRE
CONVENTIONS INTERHOSPITALIERE
CONVENTIONS ZOAST
CONVENTION SMUR
CONVENTION MEDICO-SOCIALE

OBSTACLES 3

- **FINANCIERS :**

Coût des soins élevés

- ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE
 - Prise en charge par l'assurance maladie au cas par cas (autorisation préalable): NOMBREUX REFUS; ABSENCE D'INFORMATION
 - Intervention : si prestation de soins reprise dans le panier de soins (Arrêt Elchinov 2009)
- ASSURANCE MALADIE PRIVEE COMPLEMENTAIRE (limitation contractuelle)



Tarif du pays de soins : Règt 883/2004

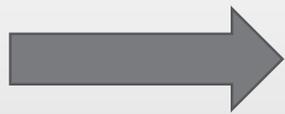
Tarif pays d'affiliation : Directive 2011/24

Tarif négocié : Convention SMUR

OBSTACLES 4

- **ADMINISTRATIFS**

- CARTE DE SECURITE SOCIALE
- FACTURATION INFORMATISEE (couverture complémentaire)
- INSCRIPTION DE LA STRUCTURE HOSPITALIERE DANS LA BASE DE DONNEE DU PAYS VOISIN



Création logiciel de gestion informatisée pour transférer les données aux organismes, administrations et caisses de paiement



La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé



SEPT FORMES DE COOPERATION DANS L'UE

PROJETS	REGIONS FRONTALIERES	TYPE DE COOPERATION
TRISAN	France – Allemagne – Suisse	Création d'une centre de compétences tri-national pour coordonner et développer la coopération en santé transfrontalière dans le Rhin supérieur
INTERSYC	Grèce – Bulgarie	Coordination des activités destinées à améliorer la prévention, la protection et la santé des enfants et des familles
PRIORITES AUX PATIENTS et AUX FAMILLES	Irlande – Royaume uni	Améliorer la santé et l'aide sociale des populations frontalières irlandaises par divers projets
TELEMEDICINE EUROREGION POMERANIA	Allemagne – Pologne	Coopération en télémédecine pour échanger de l'information, des examens de diagnostics et ajuster des traitements thérapeutiques
PARTENARIAT INTERHOSPITALIER EN CARDIOLOGIE	France – Germany Moselle est - Sarre	Coopération transfrontalière entre les unités de soins cardiologiques des hôpitaux de Völklingen (De) et de Forbach(Fr)
IZOM	Belgique – Allemagne – Pays Bas	Faciliter la mobilité transfrontalière des patients dans l'Eurgio Meuse-Rhin
HOPITAL TRANSFRONTALIER DE CERDAGNE	France- Espagne	Construction d'un établissement hospitalier transfrontalier (Franco-espagno-catalan) en région pyrénéenne

LA COMMUNICATION DE LA COMMISSION du 20/09/2017

http://ec.europa.eu/regional_policy/fr/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice

L'importance des régions transfrontalières

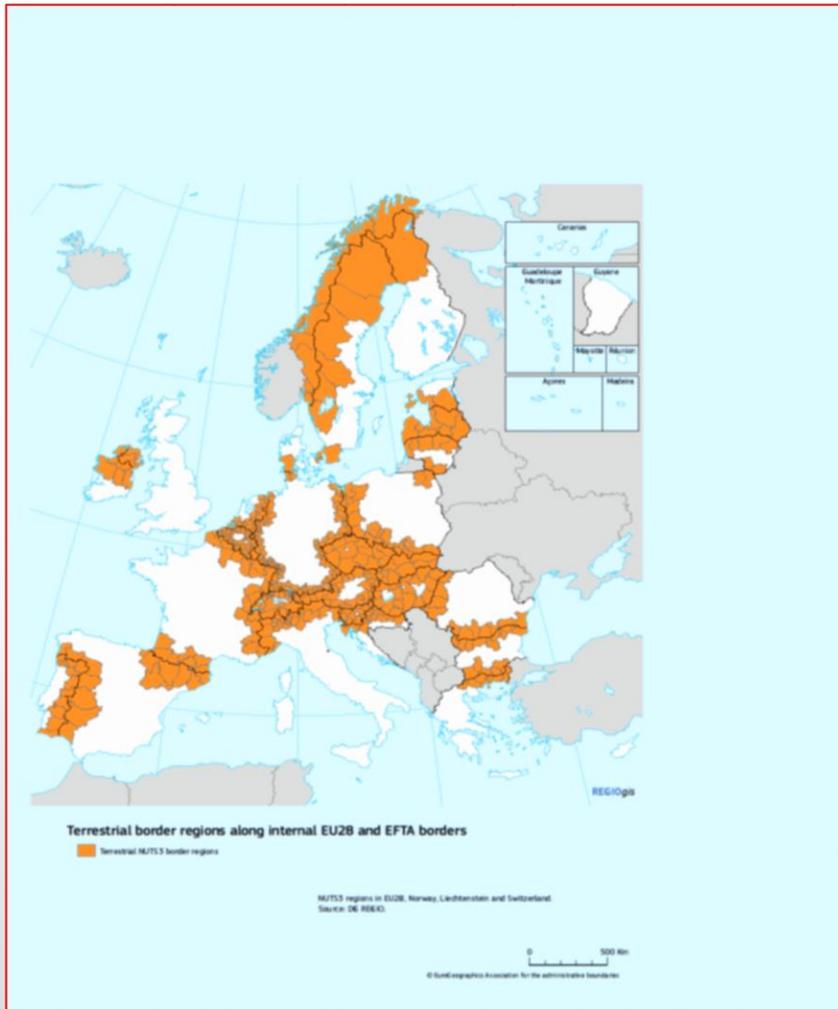
40% du territoire de l'Union

30% de la population (150 millions)

30 % du PIB

Economiquement moins développées avec un accès plus limité aux services publics

Obligation de naviguer entre différents systèmes légaux et administratifs – long, complexe et coûteux





Renforcer la coopération et les échanges



Améliorer le processus législatif



Soutenir l'emploi transfrontalier



Promouvoir le multilinguisme transfrontalier



Faciliter l'accessibilité transfrontalière



Promouvoir une administration publique transfrontalière en ligne



Fournir informations et conseils de qualité



**ENCOURAGER LA MISE EN COMMUN
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE
SANTÉ**



Tenir compte du cadre juridique et financier pour la coopération transfrontalière



Démontrer l'interaction transfrontalière pour éclairer la prise de décision

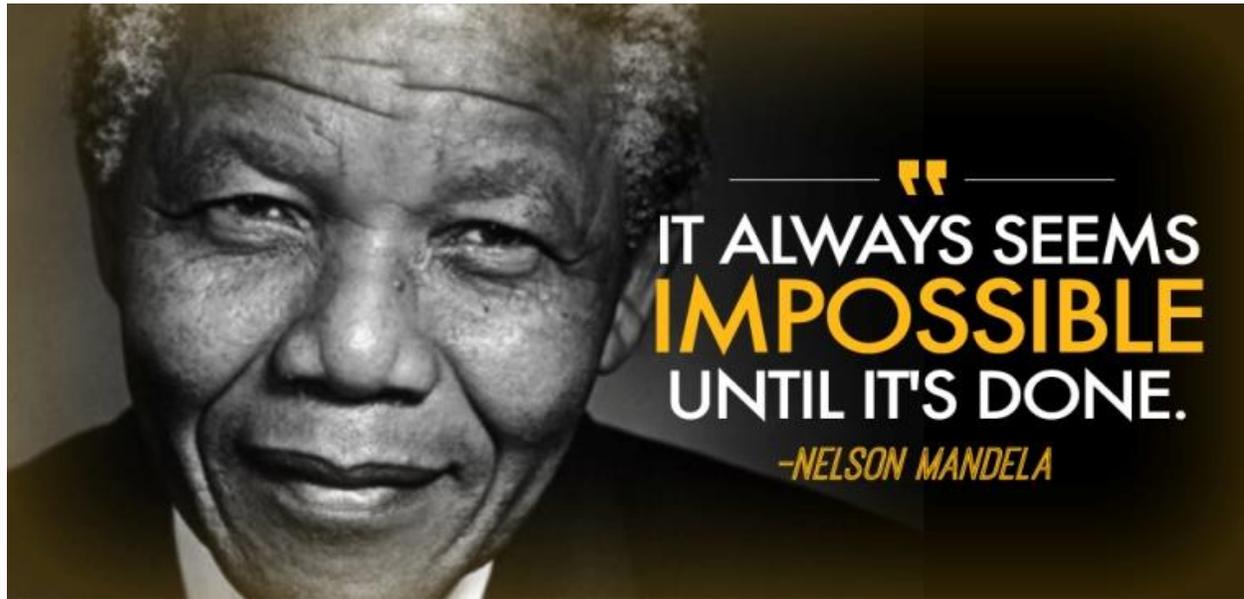


8. Encourager la mise en commun des établissements de soins de santé

- cartographie complète de la coopération transfrontalière en matière de santé

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_crossbordercooperation_frep_en.pdf

- conférence pour promouvoir la coopération TF en matière de santé [DG REGIO + DG SANTE]



Lieu de conflits, devenus dans l'UE, parfois, lieux de coopération, les frontières restent, aujourd'hui, des espaces de débats politiques, idéologiques,...

MERCI POUR L'ATTENTION PORTÉE A LA COOPERATION SANITAIRE TRANSFRONTALIERE QUI CONSTITUE UN DES PRINCIPAUX LEVIERS D'AMELIORATION DE L'ETAT DE MIEUX ETRE DES POPULATIONS FRONTALIERES ET QUI EST UN DES PRINCIPAUX DOMAINES DE VISIBILITE DE L'IMPACT POSITIF DE L'INTEGRATION EUROPEENNE POUR LE CITOYEN.